UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 19

FACULTÉ DE MEDECINE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LES FIBROMES

DU CORDON SPERMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1913

PAR

R. GANDJÉTZIANTZ

Né à Nouchi (Russie-Caucase, le 25 Septembre 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur.
RICHE, agrégé.
MASSABUAU, agrégé.
} *Assesseurs.*

LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LES FIBROMES

DU CORDON SPERMATIQUE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)..... Doyen.
SARDA..... Assesseur.
IZARD..... Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales.....	MM. GRASSET (O ✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✻).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻),
Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique.....	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f)

Examinateurs de la thèse ;

MM. ESTOR, professeur, *président.*
GRANEL, professeur.
MM. RICHE, *agrégé.*
MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE

R. GANDJÉTZIANTZ.

A MON FRÈRE Grégoire GANDJÉTZIANTZ

INGÉNIEUR DANS LES MINES DE PÉTROLES A BACOU

Témoignage sincère de ma profonde affection et de ma plus vive reconnaissance.

A MA FEMME BIEN AIMÉE

R. GANDJÉTZIANTZ.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales et sur le point de quitter la France, c'est pour nous un devoir très doux de remercier tous ceux qui nous ont prodigué leurs marques de sympathie.

Nous tenons à remercier M. le professeur Estor de nous avoir fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le professeur Granel a toujours été d'une amabilité inépuisable à notre égard, et ses conseils nous ont toujours été d'un grand secours.

Notre reconnaissance lui est acquise.

M. le professeur agrégé Riche nous a inspiré notre sujet de thèse et nous a donné tous les renseignements nécessaires pour mener notre travail à bien. Nous l'en remercions vivement.

Nous garderons toujours un excellent souvenir des leçons si claires et si précises de M. le professeur agrégé Massabuau.

Le souvenir de la Faculté de médecine de Montpellier sera toujours gravé dans notre cœur.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LES FIBROMES

DU CORDON SPERMATIQUE

INTRODUCTION

Reprendre aujourd'hui la question générale des tumeurs du cordon serait œuvre superflue. Brossard, en 1884, était autorisé à dire : « Les tumeurs solides développées aux dépens du cordon spermatique, n'ont été jusqu'à cette époque l'objet d'aucune étude d'ensemble pouvant guider le chirurgien dans leur étude et leur traitement». Il n'en est plus de même aujourd'hui, et après le travail de Tédenat et Martin aux Archives générales de chirurgie en 1908, est parue la monographie importante de Patel et Chalier qui ne laissera plus rien à glaner aux chercheurs sur la question.

C'est qu'en effet les tumeurs du cordon, en général, sans être fréquentes, ne sont point absolument exceptionnelles. Tédenat et Martin, en 1908, n'en signa-

laient que 24. Patel et Chalier, en 1909, en rapportent 109. Ce nombre encore s'en est augmenté depuis.

Les fibromes, parmi les tumeurs du cordon, constituent une variété plus rare ; on pourrait même dire exceptionnelle. Il n'en était, en 1909, que 12 observations publiées. Ici quelques observations de plus peuvent suffire à modifier la question ; aussi nous sommes-nous cru autorisés, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Riche, à reprendre l'étude des fibromes du cordon.

Etude intéressante à cause de la rareté même des cas ; à cause aussi et surtout de leur intérêt clinique et des bons résultats que l'on peut attendre pour eux du traitement chirurgical.

Tumeurs parfois énormes, diversement dégénérées, elles entraînent chez les porteurs des troubles fonctionnels divers et parfois une déchéance générale. Le diagnostic de nature n'est point aisé cliniquement et il était utile de préciser les quelques caractères différentiels qui permettent de l'établir. Le siège doit être précisé ; s'agit-il réellement d'une tumeur du cordon, ou d'une tumeur des bourses et du testicule souvent secondairement englobé dans la masse (Bayer de Bonn). Quels sont les éléments du cordon qui lui donnent naissance? Autant de questions auxquelles nous tâcherons de répondre avant de montrer les bons résultats que l'on est en droit d'espérer d'une opération chirurgicale. Cette curabilité du fibrome qui fait la bénignité *relative* du pronostic, en fait aussi l'intérêt clinique, car toute discussion n'est intéressante en clinique que si elle conduit à des conclusions pratiques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les tumeurs du cordon sont de connaissance récente, il y a 56 ans à peine que Curling en donne la première bonne description dans son « Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermastique et du scrotum ». Dans la traduction de Gosselin (1857), nous trouvons surtout des observations de tumeurs malignes, pas de fibromes.

Poisson, en 1858, étudie spécialement les tumeurs fibreuses ; mais s'adressant aux tumeurs fibreuses périépididymaires, il ne considère d'une part qu'une partie des fibromes du cordon (fibromes inférieurs de Patel) et classe à côté des tumeurs du cordon des tumeurs qui ne lui appartiennent pas en propre. Il donna la première observation indubitable de fibromes du cordon.

Nélaton, en 1859, passe rapidement en revue dans ses « Eléments de pathologie chirurgicale » les tumeurs solides du cordon. Il décrit les tumeurs syphilitiques, tuberculeuses, adipeuses et cancéreuses. De fibrome. il n'est nullement question.

C'est qu'en effet les cas isolés publiés jusqu'alors, de tumeurs fibreuses du cordon ne se présentaient pas avec un caractère absolu d'authencité. Lenoir, en 1854, rapporte à la Société de chirurgie un cas de tumeur fibreuse du cordon de façon réellement trop succincte pour que l'on puisse affirmer sa vraie nature.

Fergusson, en 1856, publie dans *The Lancet* une tumeur fibreuse du scrotum enveloppant le testicule gauche et s'étendant dans le canal inguinal.

Le diagnostic de cette tumeur, dont le siège primitif était d'ailleurs scrotal ne fut fait que cliniquement et reste d'autant plus douteux qu'il y eut récidive post-opératoire.

En 1864, le cas de Letiévant n'est guère plus probant, les rensignemements histologiques manquent, et la graisse semblerait entrer dans la constitution de la tumeur pour une part plus grande encore que le tissu fibreux.

Morel-Lavallée, en 1864, fournit dans le *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris* une observation de fibrome du scrotum. Il s'agit bien ici d'une tumeur fibreuse, et l'examen détaillé pratiqué par Cornil ne laisse à ce sujet aucun doute. Malheureusement la tumeur « refoulant en haut les testicules, et attirant la verge en bas », n'affecte avec le cordon que des rapports imprécis.

En somme, quand parut l'article de Mollière (1881), il n'existait qu'un cas net de tumeur fibreuse du cordon, celui de Poisson.

Dans son article du *Dictionnaire Dechambre*, Mollière divise les tumeurs du cordon en trois groupes principaux : les lipomes, les fibromes et les tumeurs mali-

gnes. Les tumeurs malignes seraient de beaucoup les plus fréquentes, qu'il s'agisse de myxomes, de sarcomes (surtout), ou de carcinomes (rarement). Les lipomes seraint rares et souvent confondus avec des épiplocèles adhérentes. Quant aux fibromes, il fait remarquer le peu de précision des observations publiées ; et parmi les tumeurs primitives du cordon, il inscrit les fibromes avec un point d'interrogation.

On voit que Mollière connaissait déjà avec assez de précision les tumeurs du cordon. Néanmoins il passe rapidement sur leurs caractères cliniques et anatomiques, et le premier travail d'ensemble digne d'être consulté, est en réalité celui de Brossard qui parut 3 ans plus tard (1884), dans les *Archives générales de Médecine*. Il réunit 22 observations, classe les tumeurs du cordon en tumeurs bénignes et malignes et parmi les premiers étudie à part les fibromes, à la description particulière desquels il consacre un bref chapitre.

A la suite de l'étude de Brossard, les cas se multiplient ; tumeurs du cordon prennent droit de cité dans les traités, et les fibromes s'installent parmi celles-ci de façon inexpugnable. Eben Watson, en 1885, publie un mémoire sur les tumeurs bénignes du cordon et leur diagnostic. Péan, Follin et Duplay, Monod et Terrillon consacrent aux tumeurs du cordon un chapitre spécial de leur traité.

Alombert Goget, en 1887, reprend l'étude de Brossard et porte à 25 le nombre connu des tumeurs solides du cordon, parmi lesquelles il donne trois cas de fibrome.

La même année, sont publiés isolément les cas de Tizzoni et Parona, et de Audry. Le premier est un fibro-

lipome, le second un fibrome de la queue de l'épididyme.

De six ans, on ne s'occupe plus ensuite des fibromes du cordon. Les lipomes semblent pendant cette période avoir accaparé l'attention. Monod, en 1903, en présente une observation nouvelle à la Société de Chirurgie, et Bruneau en publie une autre en 1904 dans la *Revue de Chirurgie*. En 1907, parut à Lille la thèse de Dubois sur les « fibromes du cordon spermatique, » dans laquelle on trouve l'observation inédite de Delassus.

L'année 1908 vit prendre à la question un essor spécial : Dubar et Leroy publient leur observation dans l'*Echo Médical du Nord* ; Villard et Rhenter dans le *Lyon Médical*. En même temps Fonteneau (dans sa thèse de Bordeaux) et Serraire, dans sa thèse de Montpellier, reprenaient en général la question des tumeurs solides du cordon.

Tédenat et Martin, la même année, limitent leurs recherches aux tumeurs malignes et en réunissent 24 cas.

En 1909, paraît le travail fondamental de Patel et Chalier. Ces auteurs étudient en général les tumeurs du cordon. Ils en réunirent 109 observations parmi lesquelles 12 de fibrome, et grâce à une étude critique consciencieuse et soignée des cas aussi réunis, ils donnent une excellente description clinique de ces tumeurs.

En 1911, paraissent isolément les cas de Vecchi dans la *Gazette italienne de Médecine*, d'Opokine dans le *Chirourgia* (Russe), et de Riche et Jourdan dans le *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Montpellier*.

En 1912, les cas de Giordano et de Nœgeli se rapportent à des tumeurs mixtes auxquelles l'élément sarcome confère un caractère de malignité et qui sortent de notre sujet.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Les fibromes du cordon sont des tumeurs excessivement rares. Il ne s'en faut point étonner, si l'on considère que les tumeurs du cordon, en général, sont elles-mêmes fort peu fréquentes puisque Patel et Chalier n'en ont pu réunir que 110 cas.

Ces auteurs, sur leurs 110 cas de tumeurs du cordon, comptaient 12 fibromes, ce qui faisait 9,2 o|o. Ils donnaient en effet comme fréquence relative des tumeurs du cordon, les chiffres suivants :

	Sur 89 tumeurs
Lipomes	37
Sarcomes et fibro-sarcomes	22
Tumeurs mixtes	13
Fibromes	12
Myomes	4
Carcinomes	1

Si l'on considère que la vraie nature de la tumeur est douteuse pour plusieurs de ces prétendus fibromes

(cas de Fergusson, Létiévant, Tizzoni et Parona, Eben Watson, Monod), on voit qu'il ne reste en réalité que 7 cas indubitables de fibromes du cordon antérieurs aux travaux de Patel et Chalier. Si on y ajoute les 3 cas nouveaux de Vecchi, d'Opokine et de Riche et Jourdan, on compte en tout 10 fibromes avérés du cordon spermatique. C'est peu.

On sait peu de choses sur l'étiologie des fibromes, en général ; on ne sait rien de plus précis pour les cas particuliers qui nous occupent. L'âge du malade semble importer peu. L'opéré de Morel-Lavallée avait 18 ans. Celui de Monod, 69. Cependant, en exceptant les cas de Dubar et Leroy, où le sujet avait 32 ans, on peut dire que tous les autres avaient entre 44 et 57 ans. C'est autour de la cinquantaine qu'on les observe donc surtout.

« L'hérédité n'a été signalée, dit Brossard, dans aucune observation de tumeur du cordon ». Cet auteur n'avait encore que deux observations de fibromes à sa disposition. Aujourd'hui que les cas se sont multipliés, son affirmation reste encore vraie.

Patel et Chalier insistent sur la fréquence des traumatismes dans les antécédents des malades atteints de tumeurs du cordon. Nous ne trouvons cet élément étiologique qu'une fois dans un cas de fibrome (cas de Audry) et il semble, comme le reconnaissent Patel et Chalier eux-mêmes, que le traumatisme n'agisse le plus souvent, dans les tumeurs malignes, qu'en leur donnant un coup de fouet.

Il est un élément étiologique probablement plus important et sur lequel Poncel attire, à juste titre, l'attention : c'est l'inflammation avec sa sclérose consécu-

tive qui amorce la prolifération fibreuse. « Il est très vraisemblable, dit-il (pour le cas de Audry), que le fibrome se soit développé aux dépens du tissu cellulaire péri-épididymaire qui se sclérose et s'indure si facilement chez les porteurs de vieilles hydrocèles et les convalescents d'épididymite chronique ». La fréquence des inflammations épididymaires nous expliquera alors le siège, de préférence bas, de ces tumeurs funiculaires (scrotales 8 fois sur 14) et le rapport si souvent noté avec l'épididyme (Poisson, Audry, Monod).

Au point de vue localisation, les deux côtés paraissent indifféremment atteints. Mais les observations sont rares. Dans certaines d'entre elles le côté atteint n'est pas indiqué, et les chiffres que nous pourrions fournir n'ont point encore une valeur suffisante.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nombre. — Les fibromes du cordon sont ordinairement uniques. En tous cas, unilatéraux. Fergusson rapporte un cas où l'on aurait observé deux noyaux indépendants, mais il s'agit d'une récidive : « Dix-huit mois après, nouvelle tuméfaction à gauche de la ligne médiane du scrotum, qui, deux mois après, s'accompagnait d'une autre tuméfaction située beaucoup plus bas... » Rien ne permet, nous l'avons déjà dit, d'éliminer dans ce cas l'hypothèse d'un sarcome. Dans le cas de Audry, nous avons encore deux noyaux. « En mai 1885, le malade aperçut dans la moitié scrotale droite une tumeur dure... Peu de jours après, apparut une tumeur semblable et indépendante à la partie inférieure de la même région. »

Volume. — Leur volume est extrêmement variable. Petites nodosités du volume d'une noisette ou d'une noix, quand le malade les aperçoit, elles prennent lentement un développement plus considérable.

Au moment de l'ablation, elles mesuraient :

Celle de Tizzoni : le volume du poing.

Celle de Poisson : le volume d'un gros poing d'adulte.

Celle de Delassus : 24 centimètres de circonférence (poids : 370 grammes).

Celle de Bruneau et Condo de Satriano : 12 centimètres de long, 12 de circonférence (poids : 190 gram.).

Celle de Morel-Lavallée : le volume de deux poings d'adulte.

Celle de Audry : le volume d'une tête d'enfant (poids : 1 kg 125).

Celle de Riche et Jourdan : le volume d'une tête d'adulte (poids : 4 kg 500).

Celle de Villard et Rhenter : un volume énorme (poids : 15 kg).

Nous étudierons mieux à propos des symptômes la forme et la consistance de la tumeur qu'il est possible d'apprécier sur le malade avant l'intervention.

Siège. — Son siège est variable, tout au moins au début ; nous avons vu déjà que les parties le plus souvent atteintes du cordon étaient les parties basses. Audry parle de « fibrome de la queue de l'épididyme ». Poisson, de « tumeurs fibreuses péri-épididymaires ». Dans le cas de Monod, la tumeur était en relation avec l'épididyme.

Nous avons vu que 8 fois sur 14, la tumeur était née dans la partie scrotale du cordon.

Dans les autres cas, elle atteint sa portion proprement funiculaire.

Dans deux cas seulement son siège initial est dans

la portion intra-inguinale (cas d'Eben Watson et de Dubar et Leroy).

Bruneau et Condo de Satriano les divisent d'après leur siège en fibromes scrotaux, fibromes inguinaux et fibromes pelviens. Cette division est purement théorique, puisque nous n'avons pas pu trouver une seule observation de fibromes pelviens.

Nous préférons adopter la division de Patel et de Chalier, basée sur l'examen des cas publiés :

1° *Fibromes péri-épididymaires ou inférieurs.* — Cas de Fergusson, de Poisson, de Morel-Lavallée, de Tizzoni, d'Audry, de Monod, de Delassus, de Riche et Jourdan ;

2° *Fibromes inguinaux ou supérieurs.* — Cas d'Eben Watson, de Dubar et Leroy ;

3° *Fibromes funiculaires proprement dits ou moyens.* — Cas de Lenoir, de Létiévant, de Villard et Rhenter, de Bruneau et Condo de Satriano.

Rapports avec le testicule, la vaginale et le cordon. — Dans toutes les observations que nous avons pu réunir, le testicule et l'épididyme étaient libres et normaux, affectant parfois avec la tumeur des rapports étroits, mais indépendants d'elle. Les auteurs n'ont pas signalé de modification nette du volume ou de la consistance de ces organes.

Le testicule est tantôt au-dessous de la tumeur, tantôt au-dessus, quand celle-ci se développe vers la queue de l'épididyme. Il est intéressant, quand la tumeur est scrotale, de déterminer exactement le rapport du tes-

ticule et de l'épididyme avec la tumeur. Souvent il s'agit de deux masses absolument indépendantes, comme dans les cas de Fergusson, de Poisson, de Morel-Lavallée, etc.

D'autres fois les rapports sont plus étroits. Dans le cas de Monod, tumeur et épididyme adhèrent étroitement, mais l'isolement est encore possible à l'opération. La tumeur de Audry est adhérente à l'épididyme qu'elle entraîne avec elle. Dans le cas de Delassus la queue de l'épididyme plonge sur la tumeur et on ne la retrouve, intacte mais adhérente, qu'à la coupe. Dans le cas de Villard et Rhenter, le testicule est entièrement englobé dans la tumeur.

La vaginale est souvent irritée par contact et l'hydrocèle apparaît, toujours peu volumineuse, comme dans les cas de Morel-Lavallée, de Tizzonni, de Riche et Jourdan. D'autres fois, au lieu d'une vaginalite séreuse, il se fait une vaginalite adhésive, et Delassus nous montre une vraie symphise des feuillets de la vaginale.

Quand la tumeur est à développement funiculaire ou inguinal, les rapports sont à préciser, non plus avec la glande séminale, mais avec les éléments du cordon.

Les vaisseaux et en particulier les veines, la peuvent traverser de part en part. Le cas de Riche et Jourdan est très net en ce sens. Ces rapports étroits sont peu intéressants, car la résection des veines importe peu. Les troubles circulatoires provoqués sont cependant suffisants pour avoir pu causer la formation d'un varicocèle dans un cas de Dubar et Leroy.

Plus intéressants sont les rapports avec le canal

déférent. Dans quelques cas il contourne la tumeur, et ses adhérences relativement lâches en permettent l'isolement (cas de Lenoir, de Létiévant, de Morel-Lavallée, de Dubar et Leroy). D'autres fois les adhérences sont plus étroites ou même le canal embroche la masse et la traverse de part en part et alors sa résection est la conséquence inévitable de l'intervention. Dans le cas de Poisson, le canal déférent se perd dans la tumeur après l'avoir longée suivant 3 ou 4 cm. Dans les cas de Tizzoni et Parona, de Bruneau et Condo de Satriano, les rapports sont trop intimes pour permettre l'isolement. Dans le cas de Delassus, le cordon « arrivé à la tumeur qu'il aborde par son extrémité supérieure, se dissocie en ses divers éléments et le canal déférent pénètre seul dans celle-ci. On a pu le suivre par la dissection à l'intérieur du fibrome pendant quelques centimètres, mais il a été impossible de retrouver son point d'abouchement avec la queue de l'épididyme ». Dans le cas de Riche et Jourdan, les éléments du cordon ne sont plus reconnaissables.

Structure macroscopique. — La tumeur est ferme, résistante, dure, avec quelquefois des points ramollis ou kystiques. A la coupe elle est ferme, résiste et crie sous le scalpel, de consistance fibreuse. En général, blanc nacré, la section peut être grise ou gris jaunâtre (Morel-Lavallée). L'examen à l'œil nu montre déjà la structure fibreuse. « La tumeur, dit Delassus, est formée d'un tissu blanc nacré à fibres concentriques. Dans l'intervalle des fibres se trouve un tissu de coloration plus foncée ».

Il est à remarquer que la tumeur est, dans la majo-

rité des cas encapsulée. « Une capsule fibreuse, dit le même auteur, épaisse, blanchâtre, l'entoure de toutes parts ».

Structure microscopique. — La structure microscopique est celle du fibrome fasciculé, en général, à feutrage plus ou moins serré de fibres conjonctives orientées assez souvent en tourbillons autour des vaisseaux. Mais cette orientation est beaucoup moins nette ici que pour les fibromes utérins. Dans bien des cas il s'agit d'un feutrage irrégulier de « faisceaux conjonctifs épais, denses, tassés les uns contre les autres, et en général ondulés. Ce tissu conjonctif adulte renferme un assez grand nombre d'éléments cellulaires (Delassus) Dans le cas de Dubar et Leroy, ces corps cellulaires étaient très nombreux et se groupaient en amas au voisinage des vaisseaux.

La coupe intéresse en plus du tisssu fondamental, des vaisseaux de toute nature, des artérioles dont l'orcéine révèle avec netteté la limitante élastique ondulée, des veinules, des capillaires. Certains auteurs ont décrit des hémorragies microscopiques par rupture des parois. Delassus insiste sur la richesse de ces tumeurs en canalicules lymphatiques. « Au sein de la masse fibreuse se rencontrent d'autres cavités canaliculées pour la plupart, à parois adhérant au tissu conjonctif, à revêtement endothélial plat. Ces cavités sont des canaux lymphatiques par leur structure et leur contenu ».

Les coupes qui intéressent le canal déférent montrent celui-ci avec tous ses caractères normaux : épithélium vibratile, paroi musculaire lisse. Il est à re-

marquer qu'aux environs de ce canal, le tissu conjonctif est plus jeune que dans le reste de la tumeur pauvre en fibres, riche en grosses cellules rondes.

Dans certaines de ces tumeurs la coupe montre des fibres musculaires lisses. S'agit-il là d'un élément histologique constant, et les fibromes du cordon sont-ils des fibro-mymomes? Les examens histologiques soigneux sont peu nombreux pour permettre de trancher la question. Cependant Andry, Bruneau et Condo de Satrianno, Dubar et Leroy affirment que dans leurs cas, il s'agissait de fibromes purs.

Dans d'autres cas, on trouve au sein de la trame fibreuse des amas de lobules graisseux. Il s'agit alors de fibro-lipomes que l'abondance et la prédominance évidente de leur trame fibreuse permet de rattacher aux fibromes bien plutôt qu'aux lipomes (Watson, Tizzoni).

Origine. — Aux dépens de quels éléments du cordon se développent ces tumeurs? Il est probable que, tumeurs conjonctives, elles peuvent naître de tous les éléments conjonctifs du cordon.

Le plus souvent, elles doivent se développer au sein de la gangue connective qui enveloppe ses éléments constitutifs, et cela nous explique qu'elle puisse, suivant son point d'origine, affecter avec les éléments du cordon des rapports variables : tantôt centrale, tantôt latérale, tantôt périphérique.

Dubar et Leroy incriminent la tunique celluleuse propre du canal déférent. Le fait est possible dans le cas où la masse néoplasique présente avec le canal des rapports étroits ou même l'englobe entièrement. Nous

avons vu par contre qu'il était des cas où le canal déférent était absolument libre et indépendant.

Il est possible que dans certains cas aussi la fibreuse vâginale commune soit le point de départ. Nous avons vu encore que, dans certaines observations, on signale cette fibreuse intacte encapsulant la tumeur.

On a incriminé encore le reliquat fibreux du conduit péritonéo-vaginal. Enfin Poncet, à propos du cas d'Audry, signale la sclérose fréquente du celluleux périépididymaire comme point de départ de ces néoplasies connectives.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE

A) Symptômes

Pour les fibromes du cordon, plus encore que pour les tumeurs en général, la phrase de Patel et Chalier est exacte : « D'une façon générale, l'évolution des tumeurs du cordon est torpide et insidieuse. Les malades ne souffrent pas, dissimulent du mieux possible leur infirmité et ne se décident le plus souvent à consulter le médecin que quand la tumeur commence à acquérir des proportions inquiétantes ».

Il est rare que les malades puissent préciser avec exactitude le début de leur affection. En général, en effet, celui-ci est ancien et obscur. Le malade de Riche portait, depuis *une dizaine d'années environ*, une tumeur du scrotum du volume du poing ; et il est probable qu'avant de présenter ce volume, la tumeur avait existé longtemps plus petite et inaperçue.

C'est en effet par hasard, le plus souvent, que le malade aperçoit la tumeur. Petite au début, il est alors

assez aisé d'en déterminer le siège ; le plus souvent scrotal, quelquefois funiculaire ou inguinal.

Cette tumeur dure, lisse, mobile et indolore, quelquefois réductible dans le canal inguinal et simulant une hernie, grossit lentement mais progressivement. Quand le malade se présente, elle est de volume et d'aspect variables.

Quand la tumeur est de petit volume, on peut la localiser avec précision sur le trajet du cordon. Patel et Chalier distinguent en ce sens les tumeurs inguinales et les tumeurs scrotales comme ayant une symptomatologie spéciale.

Quand il s'agit de petites tumeurs, logées dans le canal inguinal, elles peuvent n'en point dépasser les orifices, au début tout au moins. La mobilité dans le canal, contrairement à ce qui se passe pour les autres tumeurs, reste assez grande et souvent la toux lui communique une impulsion nette. Il est même possible, dans certains cas (cas de Bruneau et Condo de Satriano, et cas de Dubar et Leroy) de faire sortir la tumeur du canal et de l'y réduire, tout comme une hernie.

La palpation montre qu'il s'agit d'une tumeur régulière, arrondie et dure ; elle est mate à la percussion. Le doigt introduit dans le canal et en percevant le pôle inférieur en précise mieux la situation et la forme.

Les petites tumeurs scrotales mobiles, de forme régulière et lisse, semblables à un testicule surnuméraire, sont rattachées au cordon ou à l'épididyme par des connexions que la palpation précise plus ou moins nettement.

En général, la tumeur est volumineuse occupant à la fois le scrotum, le cordon, et même le canal inguinal.

A l'inspection, on apprécie déjà : 1° le volume qui peut aller de celui d'un œuf à celui d'une tête d'adulte (Riche et Jourdan) et même au-delà (Villard et Rhenter) ; 2° la forme, en général ovoïde ou plus ou moins régulièrement arrondie. Dans certains cas, il est des bosselures que la palpation apprécie mieux ; 3° la situation : scrotale ou funiculaire ou inguinale ou les trois à la fois. La tumeur volumineuse peut pendre plus ou moins bas au devant des cuisses (Jourdan et Riche) ; 4° l'état de la peau : distendue, lisse, polie, mais ne présentant en général ni troubles trophiques, ni lésions inflammatoires. Elle est normale et mobile sur la tumeur. La verge peut être rétractée dans la tumeur qui l' « avale » (Villard et Rhenter) ; le raphé scrotal est rejeté sur un côté (Riche et Jourdan).

La palpation montre : 1° l'indolence ordinaire de la masse ; 2° sa consistance dure, ferme, élastique, quelquefois ramollie par points et donnant la sensation de points kystiques ; 3° souvent une fluctuation superficielle due à une lame d'hydrocèle interposée (Poisson, Tizzoni) ; 4° la forme de la tumeur en général régulière, ovoïde, ou plus ou moins cylindrique. Mais quelquefois irrégulière et bosselée (Létiévent, Fergusson) ou présentant des noyaux durs plus ou moins pédiculés et indépendants (Riche et Jourdan) ; 5° la situation et l'état du testicule que l'on peut trouver nettement indépendant et libre, ou englobé à des degrés divers dans la masse. Il est quelquefois fort difficile de le mettre en évidence, et, seule, la douleur qu'éveille la pression à son niveau permet de le localiser ; 6° l'absence de ganglions, soit inguinaux soit lombaires.

La percussion donne une matité absolue.

La tumeur est opaque à l'éclairement latéral. La transparence, partiellement conservée, permet de mettre en évidence l'hydrocèle (Tizzoni) ou les kystes (Poisson) concomitants.

Les signes fonctionnels sont rares ou peu marqués. Pas de douleur. Il est curieux de voir ces tumeurs devenues quelquefois énormes rester absolument indolores, ne s'accompagnant au maximum que d'une sensation vague de tiraillement et de pesanteur. Le volume exagéré de la tumeur qui, dans le cas de Riche, descendait au tiers inférieur de la cuisse, et dans le cas de Villard pesait 15 kilos, peut gêner la marche, la station assise et même, dans certains cas, le décubitus dorsal. Quand la tumeur est volumineuse et entraîne un effacement de la verge, le coït devient impossible, le malade de Villard et Rhenter pissait « par une fente située à la partie supéro-interne de la masse.

L'état général reste parfait et en tout cas indépendant de la tumeur.

B) Evolution

L'évolution est en général lente et progressive. La masse néoplasique subit un développement régulier et lent. Le début est d'autant plus ancien que la tumeur examinée est plus volumineuse. La tumeur de Bruneau et Condo de Satriano pesant 190 gram. date de 6 mois. Celle de Riche, pesant 4 kil. 500 évolue depuis 10 ans. Celle de Villard et Rhenter, qui pèse 15 kilog., évolue depuis 15 ans.

Il faut savoir cependant que cette évolution lente peut s'accélérer et la tumeur subir dans ce cas une dégénérescence maligne. Le cas de Riche et Jourdan est, à ce point de vue, unique : il montre un fibrome volumineux de nature manifestement bénigne au début, puisqu'il a évolué en quinze ans sans présenter aucune tendance à la généralisation. Or, cette tumeur depuis quelques mois grossissait plus vite, et à l'examen histologique on trouve un début de dégénérescence sarcomateuse.

Donc tumeurs histologiquement et cliniquement bénignes, ces fibromes doivent être opérés le plus tôt possible. Indépendamment de la gêne fonctionnelle et de la dépréciation physique qu'ils occasionnent, ils tiennent le malade sous la perpétuelle menace d'une dégénérescence maligne.

C) Diagnostic

Le diagnostic comprend deux parties, il s'agit d'établir :

1° Le siège de la tumeur au niveau du cordon.

2° La nature de la tumeur.

1° S'agit-il d'une tumeur du cordon ? Trois cas se présentent : A) les fibromes inférieurs se peuvent confondre avec : *a*) des tumeurs scrotales superficielles ; *b*) des épanchements de la vaginale ; *c*) des tumeurs du testicule.— B) les tumeurs funiculaires peuvent être confondues avec les kystes du cordon et les tuméfac-

tions inflammatoires. — C) les fibromes inguinaux sont à différencier des tumeurs d'origine abdominale.

A) *Fibromes inférieurs.* — *a*) Il est facile de situer à leur vrai niveau les tumeurs superficielles des bourses malignes ou bénignes (Walther). Une palpation un peu attentive suffit à montrer l'indépendance du cordon et de l'épididyme. L'indépendance absolue des téguments dans les fibromes du cordon permet d'éliminer à coup sûr l'éléphantiasis du scrotum. Le siège de ce dernier dans la peau elle-même, la coloration des téguments et l'étiologie spéciale ne permettant aucune confusion.

b) Les tumeurs profondes des bourses sont d'un diagnostic plus délicat, et ici des erreurs peuvent être commises.

A l'inspection, le premier diagnostic qui vient à l'esprit est celui d'hydrocèle. Comme dans cette dernière, dans les fibromes du cordon, la tumeur est globuleuse, régulière, occupant surtout le scrotum, laissant intacts les téguments déplissés et tendus. L'hématocèle est encore plus difficile à éliminer. La consistance, en effet, plus ferme et l'absence absolue de transparence, éliminent bientôt les épanchements clairs et transparents de l'hydrocèle. Mais pour l'hématocèle il faudra souvent avoir recours à la ponction exploratrice qui seule lèvera tous les doutes. Encore faut-il savoir que la pointe de l'aiguille, introduite par hasard au niveau d'une veine dilatée peut ramener du sang dans le cas d'un fibrome ; et que la lame d'hydrocèle périphérique ou le kyste de l'épididyme coexistant feraient méconnaître, en donnant un liquide limpide, la tumeur

sous-jacente que l'aiguille n'aura pas pénétrée. Ce seront là erreurs rares pour un esprit prévenu. Il est rare que le pincement de la vaginale (signe de Sébileau), puisse fournir des signes nets au niveau de ces tumeurs qui la distendent ou la déforment plus ou moins.

c) Les tumeurs du testicule seront, plus aisément que les épanchements de la vaginale, confondues avec les fibromes du cordon. Il faut, pour éliminer les tumeurs de cet organe, le percevoir normal et intact sur les flancs de la masse néoplasique. Mais son indépendance nette dans certains cas peut disparaître, et lorsque, comme nous en avons cité des exemples, la glande séminale disparaît enfouie dans le fibrome, le diagnostic devient impossible. Et même, quand le testicule est périphérique et indépendant, il est parfois difficile, pour ne pas dire impossible de le distinguer des nodules en relief, souvent de même forme et de même consistance, qui bordent la masse centrale. Le cas de Riche et Jourdan nous offre un bel exemple de difficultés de cet ordre.

Dans ces cas douteux, c'est à l'interrogatoire qu'il faudra avoir recours. Le malade affirmera alors que le nodule commençant était libre, indépendant du testicule, situé en arrière ou au-dessous de lui. Nous trouvons ces caractères de début signalés dans nombre d'observations.

B) *Fibromes funiculaires.* — Dans ces cas, la tumeur en général de faible volume, de forme régulière et arrondie, siège sur le trajet du cordon au-dessus du testicule et de la vaginale que l'on sent intacts au-

dessous d'elle, au-dessous du canal inguinal plus ou moins libre et perméable.

Le premier diagnostic qui vienne à l'esprit dans ces cas est le kyste du cordon. On l'éliminera cependant en songeant que le kyste est plus régulier de contour et de consistance fluctuante, il est perméable à la lumière. Enfin une ponction exploratrice ici encore montrera, suivant les cas, qu'il s'agit d'une tumeur solide ou d'une poche kystique que l'on pourra vider.

Les tuméfactions inflammatoires sont rares qui puissent simuler les fibromes du cordon. Patel et Chalier discutent le diagnostic avec la funiculite traumatique ou blennorragique, la tuberculose ou la syphilis du cordon. C'est là un point de vue plutôt théorique.

En tous cas ces diagnostics ne peuvent se poser, pour la funiculite tout au moins, qu'avec les tumeurs malignes à évolution rapide. Leur allure aiguë et inflammatoire les différencieront toujours du fibrome. La tuberculose du cordon secondaire à une tuberculose de l'épididyme, indure irrégulièrement en chapelet le canal déférent et ne reproduit nullement le tableau du fibrome. La syphilis, outre son évolution chez un sujet porteur d'autres stigmates, donne elle aussi un cordon rigide et irrégulièrement épaissi qui ne ressemble pas à une vraie tumeur.

Le varicocèle enfin, plus mou, réductible, pâteux, de volume variable, ne pouvait guère être confondu qu'avec un lipome. Rappelons cependant qu'il peut coexister avec un fibrome dont il n'est que la conséquence (Dubar et Leroy).

c) Fibromes inguinaux. - La grosse cause d'erreur

est ici la hernie. A l'inspection seule, l'erreur est inévitable. Elle n'est plus possible après une palpation et une percussion attentives.

Une hernie a une surface régulière et unie, lisse. Elle a un pédicule qui se prolonge dans le canal inguinal. Elle a une consistance pâteuse et molle. Elle est réductible avec gargouillement, elle est sonore à la percussion. Il est vrai que le fibrome peut s'engager lui aussi dans le canal inguinal. Il s'y engage alors tout entier n'y poussant pas un vrai pédicule. Il peut se réduire, mais continue alors à faire tumeur derrière la paroi au lieu de se perdre dans l'abdomen.

Les épiplocèles adhérentes sont quelquefois plus difficiles à reconnaître. Ici encore cependant, nous retrouvons le pédicule, et surtout cette consistance spéciale, pâteuse, qui permet l'erreur avec le lipome, mais impose le diagnostic avec le fibrome. Inutile pour ce dernier de recourir à l'évolution stationnaire pour l'épiplocèle, à l'indépendance plus grande des éléments du cordon dans cette dernière, à la dilatation plus large du canal inguinal, ainsi que le faisait Brossard pour le lipome.

La hernie étranglée sera aisément reconnue par sa sonorité, son pédicule, son évolution, les signes d'étranglement qui l'accompagnent, l'état général brusquement atteint du sujet.

2) *A quelle tumeur du cordon a-t-on à faire ?* — Il est une première distinction à faire qui classe les tumeurs du testicule en deux groupes : tumeurs malignes et tumeurs bénignes. Les tumeurs malignes sont, dans l'immense majorité des cas des sarcomes,

tumeurs à surface irrégulière, à consistance dure, à limite peu nette gagnant le testicule en bas, le canal inguinal en haut, elles sont lourdes à la palpation, s'accompagnent d'hydrocèle ou d'hématocèle abondante, provoquent l'apparition d'une abondante circulation veineuse collatérale. Les ulcérations sont exceptionnelles. Le signe d'Estlander n'y a jamais été signalé. L'état général reste bon. L'évolution n'y est point aussi rapide qu'on le pourrait croire. Les sarcomes présentent souvent une longue période de latence ; et nous voyons combien sont en somme peu nets les symptômes qui cliniquement isolent le sarcome et les tumeurs malignes des néoplasies fibreuses.

Il faut se souvenir d'ailleurs qu'un sarcome peut succéder à un fibrome longtemps bénin, et cette transformation en une tumeur de mauvaise nature ne se révèle que par une accélération de l'évolution. « Depuis quelques mois, disent Riche et Jourdan, la tumeur paraît s'être développée plus rapidement». Ce diagnostic avec le sarcome ne sera fait le plus souvent qu'au microscope.

Les tumeurs mixtes, au point de vue symptomatologie, se rapprochent énormément des sarcomes ; les éléments de diagnostic sont les mêmes.

Parmi les tumeurs bénignes, les unes, lipomes, seront aisément reconnues ; les autres, myomes, seront en général confondues avec le fibrome.

« Le lipome, nous dit Patel, se reconnaîtra à son volume souvent excessif, à ses contours irréguliers, multilobés, à sa consistance molasse, pseudo-fluctuante ». Ce dernier signe est le plus important. Nous avons signalé des fibromes de 15 kilos, des fibromes bosse-

lés et irréguliers, mais il n'est pas de fibromes mous. La consistance va avec la nature et passe par une gamme continue à mesure qu'on va du lipome molasse au fibrome dur et élastique, en passant par les fibro-lipomes de structure diverse.

Les myomes, par contre, n'offrent aucun caractère diagnostique spécial, et en règle générale, seul le microscope tranchera le différend. Nous savons d'ailleurs que dans les fibromes on peut trouver des plages de fibres lisses et que seul le nombre plus grand de ces dernières isole nettement les fibro-myomes des fibromes. Il faut se souvenir cependant que les myomes présentent avec l'épididyme des rapports en général plus étroits que les fibromes.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Tout fibrome du cordon doit être opéré aussitôt diagnostiqué. Quoiqu'il soit essentiellement une tumeur bénigne, il est justiciable de l'opération immédiate pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'aucun traitement médical ne pourra avoir de prise sur lui ; ensuite parce que, quoique tumeur bénigne, il présente une évolution progressive qui le rend bientôt gênant et intolérable ; enfin parce que tôt ou tard, il est exposé à subir la dégénérescence sarcomateuse.

Le traitement chirurgical consiste en l'ablation aussi complète que possible. Nous insisterons peu sur cette opération, car elle varie d'exécution suivant le cas, et parce qu'aussi, les cas trop peu nombreux encore et la diversité des aspects n'ont point permis de régler ici une technique spéciale.

On enlèvera le fibrome du cordon comme les autres tumeurs de l'organe ; mais le fibrome étant une tumeur de bonne nature, il faudra ici s'efforcer de n'enlever que la tumeur, de respecter autant que possible le testicule et le canal déférent.

Raser, aseptiser, border de champs aseptiques. Incision large, intéressant les diverses couches des bourses et s'il le faut la paroi antérieure du canal inguinal. Hémostase méthodique et progressive au fur et à mesure de l'incision.

La tumeur étant mise à nu, on l'isole aussi exactement que possible par une dissection minutieuse. Il est en général facile de la disséquer, à cause de la coque fibreuse qui l'entoure et l'encapsule et au niveau de laquelle on trouve un plan de clivage facile. Il faut savoir que de grosses veines du cordon peuvent traverser de part en part la tumeur, et leur section nécessaire entraînera une hémorragie abondante. Faire une hémastose soigneuse.

Quand il est impossible d'isoler le canal déférent ou l'épididyme, sectionner la partie de ces organes qui est incluse dans la masse. Respecter le reste. Un testicule isolé de son canal déférent ne s'atrophie pas s'il est encore vascularisé, la section des voies spermatiques n'entraîne la formation d'aucune fistule. Terrillon a montré même que la continuité des voies déférentielles peut se rétablir à travers un conduit cicatriciel ampullaire. Enfin à un point de vue purement esthétique, un testicule est un organe essentiel et il ne faut faire subir la dépréciation physique qu'entraîne son ablation, que contraint et forcé.

Il est des cas cependant où l'ablation de la glande s'impose, soit que celle ci soit elle-même incluse dans la masse, soit qu'il ait fallu sectionner tous les éléments du cordon.

Quand une hernie inguinale coexiste avec un fibrome du cordon, il faut, après ablation du néoplasme, pra-

tiquer la cure radicale de hernie sans se soucier de l'opération antérieure.

Quand la castration a été nécessaire, cette opération est facilitée du fait que l'on n'a pas à ménager le cordon.

Suivant le volume de la tumeur, la netteté de la plaie, le degré d'hémostase, réunion avec ou sans drainage par une ligne de suture aux crins de Florence.

Létiévant perdit un malade de gangrène. Tizzoni et Parona virent leur opéré mourir de tétanos. Ce sont là complications que nous ne devons plus voir aujourd'hui.

Depuis l'ère aseptique, on doit guérir ces opérés par première intervention. Et de fait tous les autres opérés guérissent. Ils guérissent rapidement et pour aucun d'eux, il ne fut signalé de récidive. Seul le malade de Fergusson était opéré pour récidive d'une tumeur extirpée 18 mois auparavant. S'agit-il ici vraiment d'un fibrome? Aucun examen histologique ne permet de l'affirmer.

OBSERVATION

Due à l'amabilité de M. le professeur Riche.

Le nommé L... Pierre, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital Suburbain, salle Delpech, n° 5, le 24 septembre 1910, à cause d'une volumineuse tumeur des bourses.

Le début remonte à assez longtemps, environ une dizaine d'années. Le malade avait constaté que, dans la portion droite de son scrotum, existait une tumeur, qu'il prenait d'ailleurs pour son testicule, et qui avait le volume du poing. Peu à peu cette tumeur augmenta de volume, sans s'accompagner du moindre trouble, si ce n'est qu'elle devenait de plus en plus gênante pour les occupations du malade. Jamais il n'a ressenti la moindre douleur, jamais il n'y a eu la moindre poussée inflammatoire.

Cependant depuis quelques mois la tumeur paraît s'être développée plus rapidement, mais ce n'est que devant la gêne occasionnée par l'énorme volume qu'elle constitue que le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A l'interrogatoire, tous les appareils paraissent sains.

A l'examen, il semble à première vue que tout

le scrotum est distendu, occupé par une énorme tumeur nettement scrotale, descendant jusqu'au niveau du tiers inférieur de la cuisse, presque mathématiquement sphérique. La verge en est complètement dégagée.

A l'inspection plus fouillée, on voit que partout la peau est saine. Elle est simplement distendue, amincie, montrant par transparence quelques veines sous-cutanées un peu développées. Mais on peut voir aussi que l'ancien raphé médian du scrotum est rejeté tout à fait à gauche, dans la région du pédicule de cette tumeur. Il est donc déjà parfaitement perceptible que la tumeur s'est développée dans la bourse droite.

A la palpation, on constate d'abord dans cette région supérieure gauche la présence d'un corps ovoïde, rénitent, dont la pression réveille une douleur spéciale et qui est manifestement le testicule gauche On passe alors à la palpation de la tumeur elle-même. Celle-ci est très dure, très résistante, donnant à la main qui la soupèse une impression de lourdeur considérable. La surface est lisse, régulière dans la plus grande partie, mais sur la région gauche antérieure de la tumeur on sent un petit corps ovoïde, roulant sous les doigts, paraissant libre dans une cavité, qu'on prend pour le testicule droit. Cependant la pression ne réveille pas la douleur spéciale, aussi nette qu'elle l'est chez ce malade à la pression du testicule gauche. D'ailleurs, en palpant tangentiellement la région du pôle inférieur, surtout en arrière, on retrouve encore deux points où les doigts font rouler des

corps ovoïdes non sensibles, paraissant aussi mobiles les uns que les autres. Le cordon, dans le trajet inguinal, est légèrement hypertrophié, les artères ne battent pas. Il paraît venir se jeter directement sur le pôle supérieur de cette tumeur. Nulle part on ne peut le suivre jusqu'à une de ces lobulations ci-dessus décrites.

Il ne saurait être question ici du pincement de la vaginale ou du pincement de l'épididyme. La palpation des régions inguinales, des fosses iliaques, la palpation profonde de l'abdomen ne révèlent pas de ganglions.

En somme, on se trouve en présence d'une énorme tumeur scrotale, à surface régulière, sauf en certains points très limités, de consistance ferme, dure, évidemment une tumeur solide. Le premier diagnostic venu à l'esprit fut celui de tumeur du cordon spermatique, surtout lorsque la palpation eut révélé la présence en avant de ce petit corps ovoïde. Mais lorsque nous en eûmes retrouvé deux autres en arrière, ayant absolument les mêmes caractères de forme, de mobilité et d'insensibilité, nous changeâmes le diagnostic pour adopter celui de tumeur du testicule (probablement tumeur mixte).

L'intervention fut décidée et eut lieu le 29 septembre 1910.

Le malade fut analgésié par injection sous-durale de novocaïne (sol. à 4 °/₀, 0 gr. 07 de novocaïne). L'intervention fut simple. Elle consista à enlever la tumeur, avec la plus grande partie de la

peau du scrotum. L'hémostase fut un peu longue ; on draina.

Les suites opératoires furent très simples. Le malade se leva au septième jour. Le drain avait été enlevé au cinquième et il sortit parfaitement guéri le 25 octobre.

La pièce enlevée pèse 4 kil. 500. Elle est constituée par deux masses de volume très inégal : une première, petite, constituée par de la graisse en lobules volumineux, dont nous avons signalé l'existence au cours de l'examen ; l'autre du volume d'une tête d'adulte, constituée par un bloc compact de tissu séparé en lobes volumineux et de consistance fibreuse. Cette tumeur est traversée par de très volumineux vaisseaux, à calibre considérable, admettant très facilement la sonde cannelée et gorgés de sang. Dans la région postéro inférieure, on découvre le *testicule sain* entouré de sa vaginale, occupée par un léger épanchement séreux. L'épididyme est sain. On recherche avec soin le canal déférent, mais on ne peut le retrouver ; il a disparu, noyé dans la masse fibromateuse.

Il est manifestement impossible de reconnaître quel a été le point de départ de ce néoplasme. Les éléments du cordon ne sont plus reconnaissables.

CONCLUSIONS

Les fibromes constituent, parmi les tumeurs du cordon, une variété rare, puisque nous n'en avons pu réunir que 16 cas : ceux de Lenoir, Fergusson, Poisson, Létiévant, Morel-Lavallée, Tizzoni et Parona, Eben Watson, Audry, Monod, Bruneau et Condo de Satriano, Delassus, Dubar et Leroy, Villard et Rhenter, Vecchi, Opokine, Riche et Jourdan.

Nous savons fort peu de choses sur leur étiologie. Ils se présentent avec un maximum de fréquence aux environs de la cinquantaine. Le traumatisme est une cause moins souvent incriminée que pour les tumeurs malignes. L'hérédité ne fut jamais démontrée. Les irritations épididymaires et péri-épididymaires joueraient peut-être un rôle provocateur.

Ces tumeurs, suivant leur siège, se peuvent diviser en scrotales ou inférieures, funiculaires ou moyennes, inguinales ou hautes. Leur volume varie de celui d'un œuf à celui d'une tête d'adulte

Histologiquement, il s'agit le plus souvent de fibromes purs. Il est quelques fibromyomes très pauvres en fibres musculaires, que la rareté même de ces éléments a fait ranger parmi les fibromes.

Ces fibromes du cordon peuvent prendre naissance

dans tous les tissus conjonctifs qui prennent part à la constitution du cordon : péri-épididymaire, péri-déférentiel, intervasculaire et même dans la fibreuse commune.

Au point de vue symptomatologie, on n'observe en général que des signes physiques : tumeur plus ou moins volumineuse, laissant la peau intacte, siégeant, quand son petit volume permet de la localiser, en un point quelconque du tractus séminal. De consistance dure, de forme régulière, rarement bosselée.

Son évolution est lente et progressive. Son pronostic, bon, est assombri par la possibilité d'une dégénérescence sarcomateuse.

Le diagnostic comprend deux parties :

1° S'agit-il d'une tumeur du cordon ? on arrive assez facilement à éliminer les hydrocèles et les hématocèles, les tumeurs du testicule, les déférentites hyperplasiques, les kystes du cordon, les épiplocèles plus ou moins adhérentes ;

2° Quelle est cette tumeur ? On peut le plus souvent écarter l'hypothèse de tumeur maligne (sarcome) et de lipome. Les myomes et les fibromyomes seront le plus souvent confondus.

Le seul traitement est l'extirpation de la tumeur. Extirpation que l'on peut et que l'on doit souvent pratiquer en respectant le testicule et même le canal déférent.

BIBLIOGRAPHIE

ALOMBERT GOGET. — Des tumeurs solides du cordon spermatique. Th. Lyon, 1887.

ARROU. — Tumeurs du cordon. *In* Chirurgie de l'appareil génital de l'homme. Paris, 1901, p 256.

AUDRY. — Fibrome énorme de la queue de l'épydiyme droit. Gaz des Hôpitaux, 1887, p. 479.

AVOLEDO. — Contribuzione allo studio dei tumori solidi del cordone spermatico. Morgagni, Milano, 1890, t. XXXII, p. 515.

BROSSARD. — Les tumeurs solides du cordon spermatique. Arch. générales de Médecine, 1884, p. 267.

BRUNEAU et CONDO DE SATRIANO. — Des fibromes du cordon spermatique. Revue de Chirurgie, 1904, vol. 1, p. 105.

CHALIER. — Voir Patel.

CLERMONT et TOURNIER. — Note sur un cas de tumeur du cordon. Soc. Anatomo-clinique de Toulouse, 20 octobre 1910.

DEJARDIN. — Tumeur sanguine fibroïde du cordon testiculaire droit. Mém. Acad. roy. de Méd. de Belgique, 1848, p. 346.

Delassus. — Fibromyome du cordon. *In* Thèse Dubois. Lille, 1906.

Deroyer. — Tumeurs solides du cordon spermatique. Th. Paris, 1899.

Dubar et Leroy. — A propos d'un fibrome du cordon spermatique. Echo Médical du Nord, 1908, 19 janvier.

J. Dubois. — Tumeur fibro-plastique du cordon spermatique. Gaz des Hôpitaux, 1886.

L. Dubois. — Contribution à l'étude des fibromes du cordon spermatique. T. Lille, 1907.

Fergusson. — Tumeur fibreuse du scrotum enveloppant le testicule gauche et s'étendant dans le canal inguinal. The Lancet. 1856.

Follin et Duplay. — Tumeurs diverses du cordon. Traité de pathol. externe, t. VIII.

Giordano. — Fibro mixo-sarcoma del cordone spermatico. Riforma Medica, août 1912.

Gros, Rohmer et Vautrin. — Tumeurs du cordon spermatique. *In* Nouveaux éléments de path. et de clin. chir. Paris, 1893.

Kocher. — Die krankh. der männl. geschlechtsorgane. Deutsche chir., 1887, fasc. 50, p 183.

Lenoir. — Bull. Méd Soc. chir. Paris, 1854, p. 344.

Louvet. — Tumeurs fibro-plastiques périépidymaires. Bull. Soc. anat., Paris, 1845.

Malgaigne. — Tumeurs du cordon spermatique. Th. de concours. Paris, 1848.

Mollière. — Néoplasmes du cordon spermatique. *In* article *voies spermatiques* du Dictionnaire encyclopédique des Sc. Méd., IIIe série, t. II, 1re partie, p. 88.

MONOD. — Fibrome du cordon. Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie. Paris, 1903.

MONOD et TERRILLON. — Tumeurs solides du cordon. Traité des maladies du testicule et de ses annexes. Paris, 1889, p. 734.

MOREL-LAVALLÉE. — Fibrome du cordon. Bull et Mém. Soc. Chir. Paris, 1864.

NÉLATON. Eléments de pathol. chir., 2e édition, 1884. t. II, p. 534.

OPOKINE. — Fibrome du cordon spermatique. Chirurgia (Russe). Septembre 1911.

PATEL et CHALIER. — Les tumeurs du cordon spermatique. Revue de Chirurgie, 1909.

PARKER. — Tumors on the cord. Med. Gaz. New-York, 1882.

PÉAN. — Tumeurs du cordon spermatique. *In* Diagn. et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, 1885, p. 353.

POISSON. — Tumeurs fibreuses périépididymaires. Th. Paris, 1858.

RICHE et JOURDAN. — Volumineux fibrome du cordon spermatique. Montpellier Médical, 24 février 1911.

SCHWARTZ. — Tumeurs solides du cordon spermatique. Encyclop. internat. de chir. Paris, 1888.

SÉBILEAU. — Tumeurs solides du cordon spermatique. *In* Traité Le Dentu et Delbet.

SERRAIRE. — Contribution à l'étude des tumeurs du cordon spermatique. Th. Montpellier, 1908.

SCHLÜTER. — Tumeurs du cordon spermatique. Soc. de Méd. de la Basse-Alsace, 24 juin 1911.

Tizzoni et Parona. — Tétanos après l'ablation d'un fibro-lipome du cordon. Annali universali di Med. et Chir., 1877.

Vecchi. — Fibroma del funiculo spermatico. Gazzeta Medica italiana, 29 juin 1911.

Verneuil. — Tumeur Fibro-plastique du cordon spermatique. Gaz. des Hôpitaux, 1864, p. 47.

Villard et Rhenter. - Tumeur volumineuse du cordon spermatique. Lyon Médical, 1908, t. 1, p. 1386.

Zamouravkine. — Quelques cas de tumeur du testicule et du cordon spermatique. Soc. de Chir. russe de Pirogoff, 19 sept. 1907.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 18 juillet 1913
Le Doyen,
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

Avant-Propos 7
Introduction 9
Historique 11
Etiologie 16
Anatomie pathologique 19
Etude clinique 27
Symptômes 27
Evolution-Pronostic 30
Diagnostic 31
Traitement 38
Observation 41
Conclusions 45
Bibliographie 47

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !